303

DISSERTATION

SUR

LE PNEUMO-THORAX,

OU

LES CONGESTIONS GAZEUSES

QUI SE FORMENT DANS LA POITRINE;

Présentée et soutenue à l'École de Médecine de Paris, le 11 ~~Prairial~~ an XI,

PAR E. M. ITARD.

> O quantùm difficile est curare morbos pulmonum! O quantò difficilius eosdem cognoscere, et de iis certum dare præsagium!
>
> BAGLIVI.

A PARIS,

De l'Imprimerie des SOURDS-MUETS, faubourg Saint-Jacques, n°. 115.

AN XI. — 1803.

PROFESSEURS.

Citoyens,

CHAUSSIER, DUMERIL,	Anatomie et Physiologie.
FOURCROY, DEYEUX,	Chimie médicale et Pharmacie.
HALLÉ, DESGENETTES,	Physique médicale et Hygiène.
LASSUS, PERCY,	Pathologie externe.
PINEL, BOURDIER,	Pathologie interne.
PEYRILHE, RICHARD,	Histoire naturelle médicale.
SABATIER, LALLEMENT,	Médecine opératoire.
PELLETAN, BOYER,	Clinique externe.
CORVISART, LEROUX,	Clinique interne.
DUBOIS, PETIT-RADEL,	Clinique de l'École, dite de Perfectionnement.
LEROY, BAUDELOCQUE,	Accouchemens, maladies des Femmes, Éducation physique des Enfans.
LECLERC, CABANIS,	Médecine légale, Histoire de la Médecine.
THOURET,	Doctrine d'Hippocrate, et Histoire des cas rares.
SUE,	Bibliographie médicale.
THILLAYE,	Démonstration des Drogues usuelles et des Instrumens de Médecine opératoire.

DISSERTATION

SUR

LE PNEUMO-THORAX.

L'AFFECTION morbifique que je désigne sous le nom de *pneumo-thorax*, est une de ces lésions organiques consécutives qui ne méritent aucun rang dans un cadre nosologique, mais qui ne sont pas moins dignes d'être connues en médecine-pratique, et de figurer dans un tableau complet d'anatomie pathologique. On trouvera peut-être que les observations sur lesquelles je l'établis, sont peu nombreuses; mais le silence de presque tous les observateurs, concernant cette espèce de congestion, justifie la pénurie des faits que je produis, sans affaiblir néanmoins les conséquences que j'en tire.

§. I.

FAITS ET OBSERVATIONS.

Première observation. « Un homme âgé » de vingt-huit ans, amené déjà le 17 avril » 1777 à la maison de la Charité, pour avoir

» plusieurs fois voulu attenter à sa vie, y » fut ensuite ramené par la même cause. » Bientôt après son arrivée, il eut une diar- » rhée qui l'affaiblit au point qu'il restait » couché sans pouvoir remuer. Il refusa » obstinément de prendre aucune nourriture » ou boisson, et mourut quatre jours après.

» A l'ouverture du bas-ventre, la rate » parut dans une situation contre nature: » elle portait sur la partie transversale du » colon, et le rein gauche occupait la place » où la rate est située dans l'état naturel. » Précisément du même côté, le diaphragme » s'avançait tellement, qu'il paraissait former » comme un nouveau viscère. On n'eut pas » plutôt ouvert la poitrine, que cette proé- » minence du diaphragme disparut. Le même » côté de la poitrine était vide, et on n'y » voyait qu'une petite portion du poumon » qui tenait à ses vaisseaux, et qui parais- » sait comme une éponge desséchée. Le pou- » mon du côté droit était tuberculeux, et » avait contracté des adhérences; le cœur et » les autres viscères du bas-ventre étaient » dans leur état naturel ».

(Selle, *Obs. de Méd.*, traduction de *Coray*).

Seconde observation. Jean Arêne, surnommé *Grafiade*, militaire, âgé de vingt-six ans, d'une constitution sèche, et d'un tempérament bilieux très-prononcé, entra à l'hôpital du Val-de-Grâce, vers le milieu de prairial an 7. Une violente pleurésie qu'il avait essuyée, trois ans auparavant, dans la dernière campagne de Hollande, l'avait laissé atteint d'une dyspnée d'abord légère, mais qui, peu à peu s'étant accrue au point de le menacer à tout moment de suffocation, le força à venir au Val-de-Grâce réclamer les secours de l'art. La figure était bouffie, l'haleine fétide, l'habitude du corps très-maigre, la chaleur de la peau âcre et brûlante, le pouls plein, fort et fréquent, et la respiration difficile. A ces symptômes se joignaient des anxiétés continuelles, une toux fréquente, des crachats difficiles, rares et sans caractère, des sueurs nocturnes, et la perte du sommeil, ainsi que de l'appétit. La cavité thorachique droite était évidemment plus développée, plus sonore, et présentait un empâtement sous-cutané. La plupart de ces symptômes appartenant à l'hydrothorax, firent croire à l'existence de

cette maladie, et recourir aux remèdes usités en pareil cas. Cependant l'état du malade ne fit qu'empirer pendant les trois semaines qu'il passa à l'hôpital. La dyspnée devint de plus en plus suffocante, amena une agonie pénible, et la mort.

L'ouverture du cadavre fut faite vingt-quatre heures après la mort, par les citoyens *Lépecq*, *Coutanceau* et moi. Au premier coup de scalpel porté dans la cavité droite de la poitrine, il s'en échappa, avec une sorte de détonnation, un fluide gazeux, si horriblement infect, que nous en aurions été indubitablement incommodés, si le cadavre ne se fût trouvé exposé dans une petite cour, ouverte de tous côtés à l'air libre. En explorant l'intérieur de cette cavité, nous vîmes que le poumon manquait absolument. Il se présentait seulement au dedans, vers le sommet de la plèvre, un mognon lobuleux, du volume d'un petit œuf, unique reste du poumon droit, qui semblait n'être échappé à la destruction complète de ce lobe, que pour servir de bouchon aux gros vaisseaux sanguins et aériens. La plèvre du même côté offrait dans presque toute son

étendue, un enduit purulent, quoiqu'elle renfermât à peine quelques cuillerées de pus. Le diaphragme avait été tellement refoulé dans l'abdomen par le fluide aériforme comprimé dans la poitrine, qu'il avait acquis une expansion extraordinaire. La même cause avait imprimé au foie des changemens de position et de conformation ; il débordait presque en entier le rebord des côtes asternales, et présentait, au lieu de la convexité qui appartient à sa face diaphragmatique, une concavité très-prononcée. Tous les viscères du bas-ventre, à l'exception de celui-là, le cœur, le poumon gauche, étaient dans un état parfait d'intégrité.

Depuis l'époque où je recueillis cette observation, j'ai fait beaucoup de recherches auprès des malades que des affections de poitrine de tous genres amènent journellement à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, ainsi que sur les cadavres qui, pendant trois hivers consécutifs, m'ont été fournis pour mes dissections, sans qu'il m'ait été possible de rencontrer une seconde fois une congestion de gaz ainsi condensé ; mais je l'ai trouvée non rarement existante d'une manière moins

prononcée, dans tous les cas où le poumon avait été détruit en totalité ou en grande partie, par une suppuration sourde, dont le produit versé dans le thorax, avait été ensuite resorbé, et remplacé par un fluide aériforme. Celui-ci, à la vérité, n'existait pas dans cet état de condensation, qui constituait sa manière d'être dans les deux observations précédentes; mais sa présence n'en était pas moins manifeste par le son tympanitique que rendait la cavité qui le renfermait, et par la vacuité apparente qu'elle présentait quand j'en faisais l'ouverture.

Troisième observation. Un prisonnier de guerre, Esclavon, âgé de trente-cinq ans, doué d'un tempérament sanguin, et d'une constitution qui avait dû être assez robuste, fut amené, dans le courant de germinal an 7, à l'hôpital militaire de Paris, et placé dans une des salles du docteur *Gilbert*. Les principaux symptômes de sa maladie étaient: une toux opiniâtre, une expectoration muqueuse et difficile, une maigreur excessive, une fièvre lente, et une tumeur indolente dans l'hypocondre droit. Son état éprouva quelques vicissitudes légères de bien

et de mal, pendant six semaines qu'il passa à l'hôpital, au bout desquelles il mourut dans le marasme.

L'ouverture cadavérique m'offrit, dans la cavité abdominale, un foie très-volumineux, moins coloré qu'à l'ordinaire, et très-approchant de l'état des foies gras; dans la cavité thorachique gauche, le poumon entièrement sain, lequel s'affaissa complétement par l'introduction de l'air extérieur; et dans la cavité thorachique droite, le poumon presque totalement détruit, et n'offrant plus qu'un mognon de la grosseur du poing, assez sain d'ailleurs, et parfaitement cicatrisé; la plèvre très-épaissie, purulente dans sa portion diaphragmatique, et contenant quelques onces d'un pus blanc et inodore. Au premier coup de scalpel porté dans cette même cavité, il s'en échappa sans bruit, mais d'une manière très-sensible pour l'odorat, un gaz très-fétide, et qui, à en juger par son odeur, pouvait être du gaz hydrogène sulfuré.

Quatrième observation. Dans un cadavre d'une stature petite, mais bien proportionnée, portant des cheveux blonds, une peau fine, dépilée, et marquée de taches de rous-

seur, et dont la poitrine rendait un son bruyant du côté gauche, je trouvai le diaphragme proéminant légèrement de ce côté dans la cavité abdominale. Je piquai cette saillie avec le scalpel, ayant l'attention de faire l'ouverture très-petite; il en sortit avec sifflement un gaz qui n'avait d'autre odeur que celle des exhalaisons cadavériques ordinaires. En prolongeant l'incision vers le pilier gauche, je donnai issue à sept ou huit onces, au moins, d'une sérosité puriforme. L'examen de la cavité thorachique me fit voir le poumon correspondant presque entièrement détruit, suppuré, la plèvre épaissie et purulente, le poumon droit tuberculeux, et le cœur extraordinairement gros, autant par la dilatation de ses cavités, que par l'épaisseur de ses parois.

Je ne pus découvrir dans quelle salle ce sujet était décédé, ni me procurer aucun renseignement sur l'histoire de sa maladie.

L'observation suivante m'a été communiquée par mon estimable collègue et compatriote, M. *Bayle*.

Cinquième observation. Un ancien em-

ployé dans les hôpitaux militaires, âgé de quarante-neuf ans, doué d'un tempérament sanguin, et d'une constitution assez forte, sujet depuis nombre d'années à des rhumes fréquens, éprouvait depuis une vingtaine de jours, de la toux, de la fièvre avec frissons, et de la gêne dans la respiration. Il se présenta à la Charité, dans le commencement de frimaire an 11. Face un peu animée, yeux rouges, respiration fréquente, haute, difficile; pouls petit, serré, concentré, quoique régulier et peu fréquent; toux accompagnée d'expectoration muqueuse; coucher facile sur l'un et l'autre côté de la poitrine; son tympanitique du thorax, même dans la région du cœur; réveils en sursaut; nulle enflure des jambes; urines troubles, et déposant une matière tenace et filante; tels étaient les symptômes qui se firent d'abord remarquer, et qui persistèrent sans aucun changement notable, pendant les six premiers jours de son entrée à l'hospice. — Du septième au douzième, à dater de la même époque, le pouls devint de plus en plus petit, la dyspnée plus suffocante, l'expectoration plus abondante, la figure et la

poitrine se couvrirent de sueurs grasses, et les yeux prirent un air d'égarement.

Dans les trois derniers jours, il y eut, outre ces symptômes, un délire assez gai, par fois turbulent, qui augmentait la nuit, beaucoup de rougeur dans les yeux, sur les pommettes et le nez. A l'approche de la mort, cette rougeur disparut; il survint du râle, des sueurs froides, et le malade mourut sans convulsions, à neuf heures du soir. Les médicamens employés avaient été l'hydromel composé et nitré, les loochs scillitiques, et quelques juleps somnifères.

L'autopsie cadavérique fit voir les vaisseaux sanguins du cerveau gorgés de sang, la choroïde fort injectée, une petite vésicule hydatide sur l'entrecroisement des nerfs optiques, et un peu de sérosité épanchée dans la base du crâne. La poitrine percutée résonna peu à droite, et très-bien du côté gauche. L'ouverture de cette cavité laissa voir le poumon droit inégal, tuberculeux, suppuré, adhérent à la plèvre, et contenant, dans un kyste particulier, du sang épanché. La cavité gauche du thorax présenta une grande excavation, d'où s'échappa un fluide

aériforme, et les restes du poumon réduits à un fragment membraneux, desséché, représentant son lobe inférieur, et à un mognon tuberculeux et suppuré à la place du lobe supérieur.

On peut, jusques à un certain point, rapprocher de cette observation, et sur-tout des deux précédentes, quelques-unes de celles disséminées dans les écrits de *Bennet*, de *Bonet*, de *Morgagni*, et rassemblées par *Lieutaud*, sous le titre de *Pulmones assumpti*. Dans ces sortes de cas, qui ne sont pas très-rares, le poumon dévoré par une suppuration sourde, dont le produit s'est accumulé dans la cavité thorachique, n'est pas toujours pleinement remplacé par le pus, et alors la cavité qu'occupe ce liquide, se trouve à moitié vide, quand on explore la poitrine.

Le péricarde, ainsi que la plèvre, peut être le siége d'une congestion gazeuse, qui reconnaît sans doute une cause différente de celle que l'on pourrait assigner au pneumothorax (1), mais qui, présentant des symp-

(1) On ne peut établir que des conjectures sur l'æthiologie des congestions gazeuses. Peut-être que ces

tômes analogues à ceux de cette dernière affection, doit en être rapproché pour en faire saisir la différence, autant du moins que le permet la pénurie des faits relatifs à ces deux espèces de congestions. Celle qui s'établit dans le péricarde a été connue par quelques auteurs, qui l'ont plutôt énoncée que décrite. Néanmoins, *Baillou*, et sur-tout *Houlier*, la regardent comme une cause assez fréquente de palpitations du cœur. Ils en citent, l'un et l'autre, un exemple qui est plus que concis.

---

dégagemens de fluides aériformes dans les foyers purulens, sont subordonnés aux lois de la décomposition des liquides animaux, dans les corps privés de vie, et que la chaleur et le repos entrent pour beaucoup dans la décomposition du pus et la formation du pneumo-thorax. Mais en admettant cette explication, il faudrait recourir à une autre pour rendre raison de l'intumescence gazeuse ou de l'emphysème du péricarde. C'est ce que j'ai cru fort inutile de déterminer: toutes ces recherches théoriques surchargent l'étude de la science plus qu'elles ne l'éclairent, et tombent bientôt en désuétude. Oubliées dans les livres qu'elles grossissent inutilement, elles peuvent tout au plus servir à donner une idée de l'esprit de l'auteur, ou plutôt de celui de son siècle, de son école, et déposer contre l'éternelle versatilité des opinions physiologiques.

Sixième observation. Dans le cadavre d'un homme qui avait été tourmenté par de violentes palpitations de cœur, le péricarde fut trouvé rempli d'air, et gonflé comme une outre.

(HOULIER).

Septième observation. A l'ouverture du cadavre d'un homme de soixante ans, qui avait éprouvé des palpitations de cœur, on trouva le péricarde distendu par une grande quantité d'air.

(BAILLOU).

Huitième observation. Dans le cadavre d'une vieille femme, qui avait été pendant six semaines tourmentée d'une diarrhée continuelle, on trouva la vésicule biliaire grosse comme un œuf, contenant une matière grasse, melliforme et gypseuse, quelques taches gangréneuses dans les intestins, et le péricarde très-distendu par de l'air.

(BARTHOLIN).

Neuvième observation. Winslou a assuré à *Senac*, qu'à l'ouverture du cadavre d'un enfant, il avait trouvé le péricarde affecté de cette espèce de tympanite, au point de former un véritable ballon.

Il arrive quelquefois, dans le dernier degré de la phthisie pulmonaire, que le parenchyme du poumon se trouve plus ou moins complétement détruit par la suppuration, pendant que la tunique propre de l'organe demeurée intacte, et devenue plus épaisse par suite de l'inflammation, forme une vaste cavité ulcéreuse, qui communique avec les bronches, et qui, à raison de l'air atmosphérique qu'elle contient, rend la poitrine très-sonore, et peut simuler ainsi le pneumothorax.

Dixième observation. Un militaire, âgé de vingt-trois ans, fut reçu dans le mois de floréal de l'an 8, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et placé dans la salle troisième des fiévreux. Il présentait tous les symptômes de la phthisie pulmonaire déjà déclarée : voix rauque, stature étroite, expectoration puriforme très-abondante, chaleur hectique; cependant, bon état, des forces, du pouls, du sommeil, de l'appétit, coucher facile sur l'un et l'autre côté. A sa visite, le docteur *Gilbert* percuta la poitrine, qui rendit un son très-obtus du côté gauche. Bon effet du premier emploi des remèdes usités;

usités ; amélioration sensible de l'état du malade, qui sortit de l'hôpital en prairial, pour aller passer l'été dans son pays natal, à quelques lieues de la capitale. Mais à l'approche de l'automne, retour de tous les symptômes inquiétans. Le malade revient à Paris, et rentre à l'hôpital. Il y fut reçu en vendémiaire, et placé dans une des salles du médecin *Thery*. Ce militaire me reconnut pendant que je surveillais la distribution des alimens, et me rappela les détails de sa maladie. Il ajouta que peu de temps avant sa rentrée à l'hôpital, il avait rendu, dans un effort de toux, plus d'une pinte de pus sanguinolent, et que ses selles même en avaient été imprégnées pendant deux ou trois jours. Je percutai la poitrine, et trouvai que le côté gauche qui résonnait si peu auparavant, rendait un son presque tympanitique. Je me persuadai qu'il y avait pneumo-thorax, et je ne perdis point le malade de vue. Il était alors dans le dernier degré de la phthisie : expectoration purulente et très-copieuse, fièvre hectique, sueurs colliquatives, inflammation des *fauces*, aphonie, etc.—Mort quinze jours après.

A l'ouverture du cadavre, je trouvai le poumon gauche détruit par la suppuration, ou, pour mieux dire, converti en un large kyste purulent, adhérent à la plèvre de tous côtés, communiquant avec les bronches par plusieurs ouvertures, et le poumon droit rempli de tubercules cruds. Un élève qui s'empara du bassin pour disséquer les parties génitales, trouva les vésicules séminales considérablement gorgées de sperme.

§. II.

CONCLUSIONS.

Les faits qui précèdent, et qui se rapportent au pneumo-thorax, ne sont ni assez nombreux, ni assez détaillés pour fournir à une description générale de cette espèce de congestion. On peut néanmoins en tirer les conséquences suivantes :

1°. Le pneumo-thorax est une affection de poitrine, consécutive, qui se lie essentiellement à l'histoire de la phthisie pulmonaire, latente.

2°. Il a pour cause déterminante la fonte colliquative du poumon, le séjour prolongé

de pus dans une cavité sans ouverture, d'où suit l'absorption de ce liquide stagnant, et sa décomposition en fluide aériforme.

3°. Ses symptômes sont, assez ordinairement, une dyspnée plus ou moins prononcée, peu ou point d'expectoration, et le son tympanitique de la cavité où il réside.

4°. Il se présente sous deux variétés : A. Congestion avec condensation progressive du fluide gazeux, refoulant le diaphragme, soulevant les côtes, déjetant le médiastin, et accompagné d'une dyspnée suffocante ; variété très-rare (première et seconde observations). B. Congestion sans condensation bien prononcée du fluide aériforme, occupant seulement la place de l'organe détruit, se manifestant après la mort par la vacuité même de la cavité thorachique qui ne contient que peu ou point de pus ; variété assez commune que le raisonnement plutôt que l'action des sens force d'admettre, dans tous les cas où le poumon détruit n'est remplacé, ni par du pus, ni par l'air atmosphérique extérieur (troisième, quatrième et cinquième observations).

5°. Le pneumo-thorax peut être confondu,

à cause de la dyspnée, de la toux sèche qui l'accompagnent, et de l'ampliation de la cavité thorachique que peut entraîner la première variété (seconde observation), avec les collections séreuses ou purulentes qui se forment dans la même cavité, et dont il diffère par le son tympanitique qui caractérise toute congestion gazeuse. On peut le confondre encore, à cause de l'identité de ce son, avec l'emphysème du péricarde, et cette excavation ulcéreuse du poumon, dont j'ai donné un exemple (dixième observation). Il se distingue de la première de ces deux affections morbifiques, par les différences de siége que présente le son obtenu par la percussion, et de la seconde, par l'expectoration purulente dont celle-ci est accompagnée.

Le pneumo-thorax n'offre que des indications négatives; et s'il est permis de le recommander à l'attention des praticiens, c'est bien moins pour les occuper de sa curation, que pour les garantir des méprises où il pourrait les entraîner.

FIN.